

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кабанова С.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Больные с гнойной патологией челюстно-лицевой области составляют 87,46% всех случаев потери трудоспособности по поводу стоматологических заболеваний [5]. В 15% случаев встречаются бурно прогрессирующие формы течения гнойного процесса с распространением на несколько клетчаточных пространств, в том числе и на глубокие [3]. Чаще стали встречаться такие осложнения как эрозия стенки сосудов, внутричерепные и медиастенальные осложнения [2,4], в 2,4% случаев - сепсис, токсико - инфекционные психозы, инфекционно-токсический шок.

Установлено, что у больных с признаками иммунодепрессии чаще приходится наблюдать развитие таких тяжелых форм одонтогенной инфекции, как остеомиелит с обширной деструкцией костной ткани, гнилостно-некротические флегмоны. Доказана необходимость использования иммунологических исследований для контроля эффективности лечебных мероприятий при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области [1].

Целью нашего исследования явилось изучение изменений нарушения в системе иммунитета у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области при различной выраженности воспалительных изменений и обоснование необходимости проведения иммунокорректирующей терапии.

Материалы и методы. Изучены иммунологические показатели у 101 больного с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. В качестве контрольной группы была исследована кровь 37 практически здоровых доноров. В иммунологической лаборатории Белорусского Республиканского центра «Инфекция в хирургии» изучены показатели Т-лимфоцитов общих и Т-лимфоцитов активных, определены чувствительные и термостабильные розеткообразующие Т-лимфоциты, количество циркулирующих иммунных комплексов, метод восстановления нитросинего тетразола в фагоцитах (НСТ-тест), фагоцитарный индекс и фагоцитарное число определением поглотительной активности фагоцитов.

Полученные данные обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

В исследованной группе больных мужчины составили 65,3% (66 человек), женщины – 34,7% (35 человек).

Результаты исследований и их обсуждение. При сравнении групп больных с одонтогенными и неодонтогенными гнойно-воспалительными процессами не выявлено различий в частоте генерализованных форм, а также в степени выраженности признаков СВО и формы нозологического процесса. Возраст больных с неодонтогенными поражениями был достоверно выше ($45,52 \pm 3,11$) по сравнению с одонтогенными ($39,29 \pm 2,87$; $P < 0,05$). Сравнение этих групп по другим показателям статистически достоверных различий не выявило.

Сравнение групп пациентов с генерализованными и локализованными гнойно-воспалительными заболеваниями выявило достоверное различие между ними в возрасте. Больные с генерализованными формами гнойного процесса были значительно младше ($34,931 \pm 3,69$), чем больные с локализованными формами

(46,13±2,38; $P<0,05$). Сроки госпитализации при разлитом гнойном процессе были более длительными (13,75±1,28 дня), по сравнению с больными с ограниченными формами заболевания (8,58±0,57; $P<0,001$), и сопровождалась более высокими значениями температуры тела (38,48±0,19 и 37,63±0,15; $P<0,05$), а также показателей СОЭ (38,19±1,89 и 29,35±2,22; $P<0,05$). При сравнительном анализе других признаков, в том числе влияния этиологических факторов, нозологии, статистически значимых различий между группами не выявлено.

Группа больных с флегмонами, по сравнению с пациентами с абсцессами, характеризовалась большей средней продолжительностью стационарного лечения (12,5±0,91 и 7,88±0,68, соответственно; $P<0,001$), а также более высокими показателями СОЭ (38,23±2,52 и 25,12±2,82; $P<0,05$). При сравнении показателей иммунного статуса у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями и здоровых доноров определяются статически достоверно значимое ($P<0,05$) увеличение количеств Т-активных лимфоцитов у больных (34,05±0,95) по сравнению со здоровыми (27,72±1,42, $P=0,001$), количество ЦИК (84,0±3,94 – у больных и 66,47±4,03 – у здоровых, $P=0,008$); НСТ – спонтанного показателя (24,05±1,16 – у больных 18,63±2,38 – у здоровых, $P=0,01$), а также уменьшение фагоцитарного индекса при гнойной инфекции челюстно-лицевой области (68,57±1,12 – у больных, 74,89±1,04 – у здоровых, $P=0,006$). Для количества Т-активных лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, иммунорегуляторного индекса, НСТ – стимулированного теста, фагоцитарного числа статистически достоверных различий не выявлено. При оценке НСТ-спонтанного и НСТ-стимулированного показателей следует отметить, что у больных разбегка между НСТ-спонтанным и стимулированным показателями, а, следовательно, и резерв бактерицидной активности нейтрофилов ниже, чем у практически здоровых людей, что говорит об угнетении поглотительной активности нейтрофилов при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.

При сравнении показателей иммунного статуса у больных остеомиелитом нижней челюсти и здоровых доноров определяется статистически достоверно значимое ($P<0,05$) увеличение Т-активных лимфоцитов (33,1±2,27) по сравнению со здоровыми (27,72±1,42, $P=0,04$); фагоцитарного индекса при остеомиелите нижней челюсти (68,47±2,11 – у больных, 74,89±1,04 – у здоровых, $P=0,003$). Для

других показателей иммунного статуса статистически достоверных различий не выявлено.

Для больных с фурункулами лица статистически значимых различий в показателях иммунного статуса по сравнению со здоровыми не выявлено, за исключением данных для Т- активных лимфоцитов. Количество Т - активных лимфоцитов у больных $35,31 \pm 1,44$, у здоровых – $27,72 \pm 1,44$ ($P = 0,004$).

Сравнение показателей иммунного статуса у больных с флегмонами и абсцессами челюстно-лицевой области позволило установить различия в количестве Т-лимфоцитов хелперов. У больных с абсцессами количество Т-хелперов в периферической крови составило $40,35 \pm 2,62$, а при флегмонах – $34,38 \pm 1,74$ ($P = 0,03$).

Наибольшие различия иммунологических показателей не зависели от установленного диагноза, а были связаны с различной степенью тяжести воспалительного процесса. Так, при определении клинического диагноза флегмоны челюстно-лицевой области у 6 из 24 больных выявлено распространение процесса более, чем на два клетчаточных пространства. У этих больных определялись признаки наличия системного воспалительного ответа. При распространенных флегмонах челюстно-лицевой области определены значительные различия показателей иммунного статуса по сравнению с более локализованными формами. Статистически достоверные различия выявлены одновременно для трех параметров: возрастание количества Т –активных лимфоцитов от $52,83 \pm 3,14$ при локализованных формах флегмон до $64,00 \pm 1,46$ при разлитых ($P=0,028$), увеличение количества ЦИК (соответственно, $83,33 \pm 6,66$ и $129,4 \pm 11,44$; $P=0,002$), повышение показателя НСТ-спонтанного теста ($18,17 \pm 2,42$ и $27,33 \pm 1,89$; $P=0,012$). Для НСТ-стимулированного теста увеличение его значения у больных с тяжелыми формами флегмон определяется в виде тенденции ($51,58 \pm 2,39$ и $59,6 \pm 5,23$; $P=0,06$).

Выводы.

1. Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области подвержены заметным иммунологическим нарушениям, проявляющимся в статистически достоверном увеличении количества Т-активных лимфоцитов и циркулирующих иммунных комплексов.

2. Степень нарушения иммунного статуса достоверно зависит от тяжести течения воспалительного процесса и в меньшей степени коррелируется с дифференцированными клиническими диагнозами.

Литература.

1. Агапов В.С., Ермолин Д.В., Шулаков В.В., Царев В.Н. Влияние медицинского озона на интенсивность апоптоза иммунокомпетентных клосток у больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области Материалы международного форума «Стоматология нового тысячелетия». Москва, 2002 - С. 56-57
2. Быстренин В.А., Вахруш В.М.. Флегмоны сосудистого пространства шеи //Здравоохранение, 1997 № 7 с 47-50.
3. Робустова Т.Г., Губин М.А. Пути профилактики и лечения распространенных воспалений челюстно-лицевой области и их осложнения //Стоматология 1995. № 1 С. 31-33
4. Центило В.Г. Медиастенальные осложнения флегмон дна полости рта // Вестник стоматологии 1996. № 4 С.193-198.
- 5 Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. - М.: Медицина, 1993 – 352с.